診療予約申込書

友紘会総合病院 地域医療連携室 宛						医療機関名							
(FAX 072-641-4873)					紹介医師名								
						TE	L						
						FA	X						
ふりがな				性別	生	明・大	• 昭	· 平	- 令				
氏名					Ę	男・女	年月日	年		F.	(В	歳)
連絡先													
受診希望日				第1	希望	令和	年	月		1 ()		
				第2	希望	令和	年	月		()		
 ・ 一般内科 ・ 一般内科 ・ 腎臓内科 ・ 神経内科 ・ 外科 ・ 心臓血管外 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 歯科口腔外 		• 皮膚科			科 科		不整脈外呼吸器的 附种 经分分	• 1	糖尿病内科脊椎脊髄センター				
希望医師名						医[師•	医師指定な	むし				
傷病名													
紹介目的(記	診療情幸	股提供書	きる	素付いた <i>だ</i>	゚゙ける	場合は、	記載不要	そです)					

※ 本書と診療情報提供書を地域医療連携室へFAXをお願いします。

予約受付時間(平日9時~17時15分 土曜9時~13時)以外にお申込みいただいた場合、翌診療日の返信となります。返信にお時間を要する場合には、当院よりご連絡をいたします。

ご質問等ございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。

友紘会総合病院 地域医療連携室

月

年